

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 11

VOLUMINEUX KYSTES HÉMATIQUES DES OVAIRES

à symptomatologie de grossesse ectopique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1916

PAR

CARASSIK (David)

Né à Akkermann (Russie), le 14 avril 1887

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la Thèse

DE ROUVILLE, Prof. adj., *Président*.

GILIS, Professeur.

PUECH, Prof. adjoint.

LAPEYRE, Agrégé libre.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPERATIVE OUVRIERE

14. Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1916

VOLUMINEUX KYSTES HÉMATIQUES

DES OVAIRES

à symptomatologie de grossesse ectopique



Digitized by the Internet Archive
in 2026

VOLUMINEUX KYSTES HÉMATIQUES DES OVAIRES

à symptomatologie de grossesse ectopique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1916

PAR

CARASSIK (David)

Né à Akkermann (Russie), le 14 avril 1887

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs
de la Thèse

DE ROUVILLE, Prof. adj., *Président*.

GILIS, Professeur.

PUECH, Prof. adjoint.

LAPEYRE, Agrégé libre.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 3-78

1916

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie ..	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médicale.....	RAUZIÈRE (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRE.
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (♣).
Chimie médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRASSET (O. *).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. lib. ch. d. c.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU *, ag. lib. ch. d. c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. lib. ch. d. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIÈRE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. RICHÉ.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELT.	CABANNES.	RIMBAUD.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	ROGER.
LEENJARDT.	P. DELMAS.	ETIENNE.
GAUSSEL.	EUZIÈRE.	LISBONNE.

Examineurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, Président.	MM. PUECH, Prof. adjoint.
GILIS, Professeur.	LAPEYRE, Agrégé libre.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PUECH

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAPEYRE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VEDEL

D. CARASSIK.

A M. LE PROFESSEUR PICQUÉ
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RÉNON
MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

A TOUS MES MAÎTRES
DES FACULTÉS DE PARIS ET DE MONTPELLIER

D. CARASSIK.

VOLUMINEUX KYSTES HÉMATIQUES

DES OVAIRES

à symptomatologie de grossesse ectopique

INTRODUCTION

Avant d'entrer dans notre sujet, nous tenons à exprimer à M. le professeur de Rouville nos sentiments de haute reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Merci à tous nos Maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Montpellier, à tous nos Maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Paris qui ont dirigé nos premiers pas dans l'étude si difficile des sciences médicales.

La question des kystes hématiques de l'ovaire, dont nous allons nous occuper, est une de celles qui ont été très discutées et le mieux étudiées surtout dans ces dernières années.

Leur étiologie et leur pathologie surtout ont intéressé le plus les sociétés et les auteurs qui s'occupent de gynécologie.

Presque tous les gynécologistes sont maintenant du

même avis sur l'origine de ces kystes. Ils reconnaissent tous la dégénérescence des follicules avec hyperproduction des cellules lutéiniques.

Et parmi ces gynécologistes il y a en qui reconnaissent l'infection comme cause de cette dégénérescence.

Les follicules de De Graaf et des corps jaunes présentent l'élément essentiel de la formation des kystes hématiques.

Et, quand les conditions sont favorables, les kystes hématiques ne tardent pas à se constituer.

Ils se constituent à la suite d'un traumatisme qui provoque la congestion des ovaires, et alors le contenu de ces kystes est tout à fait hémorragique. C'est ce qu'on appelle des kystes secondaires.

Mais ils peuvent être aussi primitifs quand ils s'accroissent en même temps que leur contenu hémorragique.

Les kystes hématiques des ovaires sont très souvent pris pour une grossesse ectopique. Le diagnostic en est difficile. Nous présentons dans notre thèse quelques observations de kystes hématiques des ovaires à symptomatologie de grossesse extra-utérine, ainsi qu'une observation de M. Butler-Smythe de grossesse tubaire associée à un kyste hématique de l'ovaire.

HISTORIQUE

La première description d'ovaires polykystiques pathologiques appartient à Rokitansky, mais cette étude a été complétée après les premières ovariectomies.

Parmi les travaux intéressants des ovaires polykystiques, il faut considérer ceux de Hégar, Battey, Lawson-Tait, qui les premiers ont fait des ovariectomies.

Puis après viennent les travaux de Tissier.

En 1878, de Sinéty et Malassez séparaient des ovaires microkystiques des néoplasmes de l'ovaire. Et c'est surtout grâce aux travaux de Chereau et Tilt que l'étude est devenue un peu plus complète.

Klebs soutient en 1876 que les lésions prépondérantes de l'ovarite chronique constituent les modifications des follicules.

Mais c'est surtout Pollard le premier, en 1848, qui s'est occupé de la question des hémorragies de l'ovaire en général et des kystes hématiques en particulier.

Citons encore le travail remarquable de M. Puech, en 1858, sur l'apoplexie et les kystes hématiques des ovaires.

Nous trouvons ensuite les travaux de Bœckel et de

Léopold, sur les kystes ménorragiques et les tumeurs sanguines de l'ovaire.

Signalons également ceux de Potier, Mickelson, Castan et Bauby, Lacouture.

En 1905, de nouvelles observations furent publiées par Chavannaz, et à peu près vers la même époque parurent les travaux de Constantin Daniel, et enfin l'étude très complète et ornée de belles planches qu'ont publiée MM. Forgue et Massabuau dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*.

ÉTIOLOGIE

Les kystes des ovaires en général s'observent surtout dans la période de l'activité sexuelle de la femme.

Il est certain que, non seulement le germe de beaucoup de ces tumeurs existe dès la période fœtale, mais encore que le néoplasme a parfois débuté dès cette époque, et demeure à l'état latent jusqu'à l'impulsion qui lui permet de se développer.

Cela ne saurait être mis en doute pour les kystes hématiques des ovaires.

Pendant la vacuité de l'utérus, et surtout l'âge adulte de la femme, les conditions sont plus favorables au développement des kystes hématiques des ovaires.

On sait très bien qu'à chaque époque menstruelle l'ovaire se gonfle et se fluxionne. Renfermée dans de justes limites, cette fluxion suit ses phases ordinaires ; mais elle peut aussi s'exagérer et devenir morbide.

Dans certains cas, le violence de l'extravasation fait éclater l'ovaire et amène, soit une hémorragie, soit une péritonite mortelle.

Dans d'autres plus fréquents, le sang reste confiné dans le stroma, dont il a rompu les mailles et dissocié

les fibres, et il accroît notablement le volume de l'organe.

Une fois extravasé, le sang commence par se réunir en collection, le tissu cellulaire enveloppe le sang et l'emprisonne, et il se forme un véritable kyste sanguin de l'ovaire.

Toutes ces hémorragies siègent au niveau des follicules de De Graaf.

Comme les follicules de De Graaf sont superficiels et centraux, on prétend que l'hémorragie est produite plutôt par des follicules centraux dont le sang ne peut pas se déverser au dehors, s'enkyste et produit un kyste hématique.

Mais il y a d'autres théories sur la formation des kystes hématiques de l'ovaire, entre autres la théorie de la dégénérescence des follicules qu'on trouve si souvent chez les femmes atteintes d'une ovarite chronique. Presque tous les auteurs qui s'occupent de l'ovarite chronique y constatent des lésions folliculaires représentées le plus souvent par de la dilatation kystique d'un nombre plus ou moins grand de follicules dégénérés.

Cornil et Terrillon signalent que, dans tous les faits d'ablation des trompes et des ovaires pour salpingo-ovarite, on trouve constamment des cavités qui répondent aux follicules de De Graaf.

« Les dégénérescences kystiques accompagnent le plus souvent les salpingites sans suppuration », dit Montprofit. Et cette dégénérescence des follicules peut être la cause des kystes hématiques de l'ovaire, accompagnée dans la profondeur d'un processus de sclérose parfois très prononcé.

Mais les kystes hématiques peuvent provenir ou de la dilatation des follicules de De Graaf, ou de la transformation kystique des corps jaunes.

Il faut tenir compte aussi d'une cause qui est une des causes principales : la dégénérescence sclérokystique.

Le rôle prépondérant dans la production des lésions inflammatoires revient à la congestion active de l'ovaire; d'autres auteurs font jouer un grand rôle à la congestion passive.

Mais comme cause essentielle de la maladie il faut considérer l'infection.

Il y a des auteurs qui disent que cette lésion ne saurait exister dans une infection causale; la congestion pure est incapable de déterminer des lésions inflammatoires (Bard et son élève Piéry).

Et alors les microbes peuvent venir de l'utérus infecté où ils sont apportés par les lymphatiques à travers l'utérus et le ligament large.

Enfin la trompe infectée peut être aussi un intermédiaire entre la métrite et l'ovaire kystique.

Ainsi nous voyons que l'origine des kystes hématiques des ovaires est dans les follicules de De Graaf. Pour les uns, la dégénérescence de ces follicules est favorisée par un processus de la sclérose interstitielle et les adhérences épaisses qui sont autour de l'ovaire empêchent le follicule de s'ouvrir normalement.

Pour d'autres, le follicule ne peut s'ouvrir parce que ses éléments nobles, la granuleuse et l'ovule, dégénèrent de bonne heure.

Les infections qui peuvent produire des kystes hématiques des ovaires sont la rougeole, la fièvre typhoïde, les oreillons, la scarlatine, le choléra.

La tuberculose a été signalée aussi comme cause des kystes hématiques de l'ovaire.

Duplay nous rapporte deux observations de kystes hématiques des ovaires: une chez une femme morte d'une

tuberculose pulmonaire, l'autre chez une femme morte de tuberculose intestinale chez laquelle on a trouvé un kyste sanguin de l'ovaire, et une observation de Paquet, où il s'agit d'une malade atteinte de kystes hématiques des deux ovaires chez laquelle on a trouvé des signes de tuberculose.

Maintenant il est possible que les kystes hématiques des ovaires ont pu se produire chez leurs porteuses avant que ces dernières soient devenues tuberculeuses ou même au moment de la maladie, mais sans aucun rapport de cause entre ces deux affections.

Streptococcie et gonococcie (infection localisée à l'appareil génital) sont une cause encore plus importante.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes qui se développent aux dépens des follicules non rompus ont une paroi constituée par une membrane granuleuse amincie, dont les cellules dégèrent et qui finissent par disparaître dans les kystes anciens ; la paroi de ces derniers n'est plus constituée que par une même membrane conjonctive plus dense qui se confond progressivement avec le stroma ovarien.

Les kystes qui proviennent des corps jaunes diffèrent de ceux des follicules par leur configuration étoilée et par les cellules pigmentées de leur paroi.

Les végétations de la membrane interne se sont rejointes au centre du corps jaune.

L'hydropisie se produit entre les mailles de ce tissu, et l'on observe des kystes parfois volumineux qui ont l'aspect d'un véritable tissu aréolaire ou muqueux.

La sclérose du tissu conjonctif de l'ovaire est secondaire aux lésions folliculaires.

Les lésions des artères et des veines sont surtout manifestes dans les cas d'ovaires à petits kystes scléreux anciens ; c'est un processus d'endo-périvascularite

très marqué, aboutissant à un épaississement des parois vasculaires.

Les dilatations des lymphatiques sont toujours très accentuées dans les ovaires œdémateux inflammatoires.

Dans les kystes hématiques des ovaires on trouve du sang qui peut être coagulé ou liquide dans la cavité.

L'épanchement des kystes hématiques des ovaires peut être purement hémorragique, noir s'il est ancien.

Les kystes hématiques des ovaires siègent dans le tissu interstitiel de l'organe, créant l'apoplexie ovarienne de Puech, dans les vésicules de De Graaf, dans les corps jaunes.

L'examen microscopique de la pièce de MM. de Rouville et P. Delmas, fait par M. le professeur Bosc, nous montre :

« Un des kystes situé dans l'épaisseur de l'ovaire, du volume d'une noisette et rempli de caillots sanguins, est au voisinage d'un corps jaune volumineux à grandes cellules. Il présente des parois assez régulières, constituées à un faible grossissement par des cellules arrondies ou irrégulières à gros noyau, et des travées conjonctives courbes et dissociées qui limitent des espaces plus ou moins larges, remplis de grandes cellules lutéiniques. Il s'agit donc d'un kyste hémorragique développé aux dépens d'un corps jaune en régression.

» La paroi, étudiée au point de vue de sa vascularisation, montre des vaisseaux nombreux très dilatés qui présentent leur maximum de dilatation au voisinage de la cavité kystique et s'ouvrent dans cette dernière en raison de la désagrégation progressive du corps jaune. »

SYMPTOMES ET ÉVOLUTION

Le début n'est marqué que par des troubles vagues, qui n'ont rien de particulier et présentent une forme atténuée (syndrome utérin de Pozzi).

Ce sont d'abord des troubles réflexes dus aux congestions et aux tiraillements des annexes qui plus tard se compliquent par des phénomènes de compression du rectum, de la vessie et des nerfs.

D'où les douleurs pelviennes, parfois d'une ténacité et d'une durée désespérante, parfois fugaces.

L'intensité peut aussi être variable. Tantôt violentes, tantôt minimales, ces douleurs ressemblent plutôt à une gêne au niveau de la région ovarique.

La douleur se produit de préférence entre deux époques.

Dès que la tumeur a acquis un volume double ou triple de celui de l'ovaire sain, elle tombe dans le cul-de-sac de Douglas, et la palpation bimanuelle soigneusement faite fait reconnaître son siège et ses connexions.

Rentrante, douloureuse au toucher, fluctuante même ou irrégulière, mobile quand la tumeur est franchement

péculée, la tumeur peut paraître faire corps avec l'utérus, quand elle est incluse dans le ligament large, mais on découvre toujours un sillon en examinant avec beaucoup de soin.

Un autre symptôme plus constant est l'aménorrhée, qui donne lieu à des erreurs de diagnostic en faisant croire à une grossesse ectopique.

Retards des règles, ramollissement du col de l'utérus, douleurs dans le bas-ventre (signe d'une grossesse ectopique due à la distension du conduit, la pénétration et l'érosion des différentes couches de la paroi) moins intense lorsque l'œuf se développe dans l'ovaire, elles consistent aussi en sensations de pesanteur et de tension du petit bassin avec un maximum au niveau du rectum ou de la région lombaire.

Ténésme vaginal et rectal.

Hémorragies presque constantes qui surviennent le plus souvent après l'apparition des douleurs, résultant du décollement partiel du placenta qui prépare l'avortement tubo-ovarien.

Elles peuvent se prolonger plusieurs jours, plusieurs semaines, cesser, puis réapparaître.

Les troubles nerveux d'ordre réflexe vont de pair avec les nausées, les vomissements, parfois l'hystérie et la neurasthénie.

Voilà à peu près le tableau d'une grossesse ectopique, qu'on peut facilement confondre avec un kyste hématique des ovaires, comme dans le cas rapporté par MM. de Rouville et P. Delmas.

Les kystes hématiques des ovaires augmentent de volume à chaque période menstruelle.

Ils peuvent évoluer vers la suppuration, caractérisée

par l'élévation de la température avec frissons et sueur, accompagnée de douleurs locales vives.

Mais souvent les kystes hématiques finissent par se rompre et alors tous les symptômes d'une hémorragie interne s'installent : pâleur des téguments, nausées, vomissements, syncopes, sueurs froides : le pouls devient filiforme et la malade peut succomber au milieu des convulsions.

Un autre accident survenant chez les porteuses de kystes hématiques de l'ovaire est la torsion du pédicule.

Si la torsion est complète, elle détermine une réaction péritonéale qui peut être rapidement mortelle. Mais quelquefois elle revêt le caractère d'hydropisie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'affection qui nous intéresse est fort difficile, surtout au début.

Chaque fois qu'une malade viendra consulter un médecin pour aménorrhée, douleurs pelviennes et troubles réflexes, ce dernier pensera à une annexite augmentée de volume par un certain degré de périmétrosalpingite. Et alors l'attention du médecin sera attirée sur la marche de la maladie, la coexistence d'une inflammation des trompes et de l'utérus.

On pensera à un kyste de l'ovaire hématique quand les douleurs seront bien prononcées et quand les signes physiques permettront de constater la présence d'une tumeur.

Mais dans ce cas il est facile de se tromper. La présence des troubles réflexes, picotements du sein (Obs. I), et surtout la bilatéralité de la lésion peuvent faire penser à une grossesse ectopique, comme dans le cas de l'observation de MM. de Rouville et P. Delmas.

Pour écarter le diagnostic d'une grossesse extra-utérine

possible, il faut procéder à un examen histologique de la tumeur enlevée ainsi que de la trompe, et ne retrouver sur les coupes en série ni débris fœtal, ni débris placentaires, ni villosités choriales.

On peut confondre le kyste hématique de l'ovaire avec une rétroflexion ou latéroversion de l'utérus gravide, qu'on peut facilement écarter par l'absence des phénomènes aigus de compression (rétention d'urine, constipation) et par la discontinuité avec le col de l'utérus, fortement porté en avant.

Il est évident que l'absence de douleurs pourra faire confondre un kyste hématique avec un fibrome, et ce n'est que l'exploration attentive des culs-de-sac du vagin, associée au palper abdominal, qui permettra d'établir l'indépendance de la tumeur de l'utérus.

Mais quand une femme qui va trouver un médecin n'a présenté antérieurement aucune lésion du côté de l'utérus et des annexes, mais présente une tuméfaction brusque d'un ovaire sans fièvre à l'occasion d'un effort ou d'un traumatisme quelconque, quand cette tuméfaction augmente de volume au moment des règles, il ne reste plus de doute sur la tumeur : on est en présence d'un kyste sanguin de l'ovaire.

Ces cas sont rares et le plus souvent le diagnostic sera fait au cours d'une opération.

Quant au diagnostic de la rupture des grands kystes sanguins, il sera à faire avec la rupture de la grossesse extra-utérine, avec la péritonite appendiculaire, avec l'occlusion intestinale. La lipothymie, la pâleur des téguments, le pouls filiforme, orienteront le diagnostic vers l'anémie aiguë, vers l'hémorragie interne, et si le chirurgien avait constaté antérieurement chez la malade une

tumeur pelvienne, il se rendra compte à l'examen que cette tumeur s'est affaissée en même temps que la malade présentera tous les signes de défaillance indiqués plus haut.

Le diagnostic de rupture d'un kyste hématique s'imposera.

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

D'après l'évolution des kystes hématiques des ovaires, comme nous l'avons dit plus haut, la femme peut être conduite à l'anémie progressive à la suite des hémorragies répétées, ou bien aux grands accidents de la rupture ou de la torsion du pédicule.

Le pronostic est donc en général défavorable.

Même en dehors des accidents le pronostic est sombre.

Chaque mois, le kyste reçoit une certaine quantité de sang qui ne remplace point l'hémorragie cataméniale, qui est au contraire encore plus abondante que normalement.

Et alors ces hémorragies* mensuelles conduisent la femme à un état cachectique.

On a noté la fréquence de la stérilité, de l'atrophie des follicules et de la ménopause précoce chez les femmes atteintes de kystes hématiques de l'ovaire.

Ces kystes provoquent des avortements ou accouchements prématurés chez les femmes enceintes.

Au moment de l'accouchement la dystocie est fréquente.

Les hémorragies sont fréquentes au moment et après la délivrance.

Le pronostic des kystes hématiques de l'ovaire reste sombre par conséquent dans la majorité des cas, et aussitôt leur diagnostic établi il faudra se résoudre à l'intervention, parce que l'opération en elle-même est beaucoup moins grave, et en second lieu parce qu'on évite à la malade les dangers ultérieurs de l'inflammation, de la rupture ou de la torsion du pédicule ; et enfin et surtout parce que tout kyste de l'ovaire est, si on peut ainsi dire, un néoplasme en équilibre instable entre la bénignité et la malignité.

On pratiquera ordinairement une ovariectomie avec ou sans extirpation de la trompe. L'intervention de choix sera la laparotomie.

L'opération peut être compliquée par des adhérences anciennes à la paroi abdominale et avec l'épiploon qu'on tâchera de décoller par le bord cubital de la main droite. Les plus dangereuses sont les adhérences avec les intestins, et dans ce cas on se bornera alors à la marsupialisation du kyste.

La coexistence d'une grossesse avec un kyste hématique de l'ovaire ne serait pas une contre-indication à l'opération et, d'après M. le professeur Pinard, « tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la grossesse commande l'intervention ».

Les kystes, à l'inverse des fibromes, ne remontent jamais dans l'abdomen, restent par conséquent des tumeurs pelviennes, créent une dystocie des plus graves au moment de l'accouchement.

Mais cette opération au moment de la grossesse nécessite quelques précautions pour éviter les contractions qui amèneraient un avortement.

Avant que la malade se soit décidée à l'intervention, il faut appliquer un traitement médical qui, selon la gravité des symptômes, consiste en applications de glace, repos au lit, en l'administration des opiacés si les douleurs sont intolérables.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(De Rouville et P. Delmas)

Volumineux kystes hématiques bilatéraux des ovaires à symptomatologie de grossesse ectopique.

Mme N..., originaire de l'Aveyron, est une femme de 29 ans, bien charpentée et de taille au-dessus de la moyenne.

Rien d'intéressant n'est à signaler du côté de ses antécédents héréditaires: son père est âgé de 67 ans et jouit d'une santé parfaite; sa mère serait morte « hydro-pique » il y a 8 ans; 3 frères sont morts en bas-âge d'affections inconnues; 2 sœurs sont bien portantes: l'une est jeune encore, l'autre, mariée, a un enfant et a fait 3 fausses couches, les deux premières avant, la troisième après l'accouchement normal.

Mme N... a été réglée à 12 ans, toujours normalement et sans douleur; sa santé a été toujours excellente; elle se marie à 20 ans; 9 mois plus tard, elle fait une fausse

couche de 3 mois, à la suite de laquelle un curettage est jugé nécessaire et pratiqué par le professeur Vallois. A la suite de ce curettage, Mme N... ne voit plus ses règles pendant 2 ans ; progressivement apparaissent des douleurs dans le bas-ventre qui vont en s'accroissant pour aboutir à des crises douloureuses se succédant à intervalles variés et pour lesquelles la malade est soignée par le docteur Reynès ; la symptomatologie de ces crises douloureuses, aussi bien que le traitement institué par notre regretté confrère, ne laissent aucun doute sur la nature pelvipéritonitique de ces lésions. Cependant la situation petit à petit s'améliore ; les règles réapparaissent normales et indolores, et, n'étaient quelques pertes blanches dont Mme N... s'est aperçue dès après son avortement et qui persistent, sa santé ne laisserait rien à désirer. Le 13 décembre dernier, les règles qui s'étaient montrées au jour voulu, le 13 novembre, manquent ; des picotements aux seins ; la grossesse, pour elle, ne fait pas doute ; cependant quelques symptômes anormaux apparaissent qui la troublent ; c'est d'abord une douleur assez vive et continue dans la partie droite du bas-ventre ; puis une douleur semblable apparaît à gauche ; enfin, le 11 janvier, un écoulement sanguin vaginal s'installe, très faible mais persistant, et qui dure encore le 16 janvier, jour où nous voyons la malade. Mme N... est, à ce moment, convaincue qu'elle est en train d'avorter. L'examen nous montre un col de nullipare, légèrement ramolli, et rejeté vers la gauche. Le palper combiné est douloureux ; il est possible cependant de se rendre compte du volume et de la situation de l'utérus, lequel, dépassant d'un à deux travers de doigt la symphyse pubienne, de consistance plutôt ferme, est légèrement incliné à droite. Manifestement il existe, dans la partie

gauche de la cavité pelvienne, une tumeur rénitente, douloureuse au toucher et non contractile ; cette tumeur est nettement annexielle ; un sillon la sépare du bord gauche de l'utérus qu'elle surplombe, mais à droite aussi une autre masse existe moins volumineuse, et présentant au toucher combiné les mêmes caractères ; cette seconde masse est plus bas située dans la cavité pelvienne, et elle paraît se prolonger dans le cul-de-sac de Douglas. Les différentes hypothèses examinées, nous nous arrêtons au diagnostic le plus probable en l'espèce, celui de grossesse ectopique peut-être bilatérale, et la malade, entrée à la Clinique le 16 janvier, est opérée le 17 ; anesthésie à l'éther goutte à goutte. Dès l'ouverture du ventre, on constate, derrière l'éminence ilio-pectinée du côté gauche, l'existence d'une masse multilobulée du volume du poing, et qui paraît formée d'une série de petits kystes juxtaposés, dont quelques-uns, en se rompant au cours des manœuvres de libération, laissent écouler un liquide limpide et citrin ; par son pôle inférieur, elle se continue avec une tumeur rénitente, du volume du poing, incluse dans le ligament large, et dont la face antéro-interne est cravatée par un cordon dans lequel on reconnaît la moitié interne de la trompe, tandis que sa paroi postérieure est intimement fusionnée avec l'intestin. L'ablation de cette masse paraît impossible sans la rompre, en l'abordant directement ; par contre, il sera simple de l'aborder en bas et en dedans par le bord interne de l'utérus. Celui-ci, légèrement augmenté de volume, ne se laisse pas entraîner par la pince qui le saisit ; il est immobilisé par les annexes droites adhérentes et profondément situées dans la cavité pelvienne droite et le Douglas. Ces annexes droites sont libérées de bas en haut et de dedans en dehors, mais au cours de

cette manœuvre, l'ovaire droit, du volume d'un gros œuf de poule, et que de multiples adhérences fixent aux organes voisins, se rompt et laisse écouler, sur le lit de compresse qui pare le ventre, un liquide épais, chocolaté et inodore. Hystérectomie subtotale par le procédé américain, la poche hématique intraligamentaire gauche se laisse facilement énucléer. En raison de la rupture de l'ovaire droit, deux drains en caoutchouc sont placés dans le paramétrium droit, et, la péritonisation complète obtenue en saturant l'anse sigmoïde au péritoine vésical, le ventre est refermé à 3 plans. Les suites opératoires ont été tout à fait normales. Les pièces ont été examinées au laboratoire d'anatomie pathologique.

Il s'agit de 2 kystes hématiques bilatéraux des ovaires ; les trompes ont été reconnues saines, et il n'a pas été possible de découvrir, au niveau des kystes ovariens, le moindre indice qui pût faire penser à l'existence de grossesse ovarienne. Le kyste à contenu séro-citrin est également développé aux dépens de l'ovaire gauche.

L'examen microscopique, auquel a bien voulu procéder le professeur Bosc, permet de les interpréter ainsi :

1° Un des kystes situé dans l'épaisseur de l'ovaire, du volume d'une noisette et rempli de caillots sanguins, est au voisinage d'un corps jaune volumineux à grandes cellules. Il présente des parois assez régulières, constituées, à un faible grossissement, par des cellules arrondies ou irrégulières à gros noyau, et des travées conjonctives courbées et dissociées qui limitent des espaces plus ou moins larges, remplis de grandes cellules lutéiniques. Il s'agit donc d'un kyste hémorragique développé aux dépens d'un corps jaune en régression. La paroi, étudiée au point de vue de sa vascularisation,

montre des vaisseaux nombreux très dilatés qui présentent leur maximum de dilatation au voisinage de la cavité kystique et s'ouvrent dans cette dernière en raison de la désagrégation progressive du corps jaune.

2° Le kyste le plus volumineux, non hématique, présente une paroi conjonctive sans épithélium de revêtement, du fait, sans doute, de la compression et de l'étalement intrakystiques.

OBSERVATION II

(Butler-Smythe. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, t. XXIII.)

Grossesses tubaires successives, avec association de kyste hématique de l'ovaire.

Le cas concerne une femme de 28 ans qui, à trois années de distance, en 1905 et en 1908, présenta à deux reprises les symptômes les plus nets d'une grossesse tubaire en voie de rupture.

L'intervention fut pratiquée les deux fois par Butler-Smythe, qui non seulement reconnut en effet la présence d'une grossesse tubaire rompue et réséqua successivement les deux trompes, mais à chaque fois constata la coexistence d'une tumeur kystique de l'ovaire, à contenu hémorragique; la malade guérit du reste complètement après les deux interventions.

OBSERVATION III

(Audebert et Mériel)

**Volumineux kyste hématique de l'ovaire à symptomatologie
de grossesse ectopique.**

La malade est une femme de 38 ans, de bonne santé habituelle, qui s'est mariée à 24 ans et a eu sept grossesses, dont deux fausses couches. Au mois de décembre 1912, suppression des règles et apparition de malaises digestifs variés, de congestion des seins, de douleurs lombaires.

Deux mois après, en janvier, la malade ressentit des douleurs violentes dans le bas-ventre avec tendances à la lipothymie. Le lendemain, la paroi abdominale est encore sensible. Cinq jours après, la malade se lève, mais elle ne tarde pas à perdre de nouveau connaissance après avoir accusé des douleurs dans le bas-ventre.

Pendant cette seconde crise, elle a quelques pertes rouges suivies, dit-elle, de l'expulsion d'une membrane rougeâtre qu'elle compare, pour la couleur, à du placenta. Cette membrane n'a été montrée ni à un médecin, ni à une sage-femme, c'est la malade seule qui l'a vue, et, de ce fait, on ne peut en tenir grand compte.

La malade se relève de cette seconde crise pour retomber dans une nouvelle au bout de 2 à 3 jours.

Celle-ci est encore caractérisée par des sueurs froi-

des et une syncope. Le lendemain, vomissements, ventre dur et sensible, constipation, urines rares; grâce à un traitement approprié, les vomissements s'arrêtent, le ventre s'assouplit et la malade semble aller mieux. On lui conseille alors d'entrer à la clinique d'accouchements.

Là, on constate que la malade a un peu de fièvre; au toucher, le cul-de-sac de Douglas est douloureux et occupé par une masse rénitente. Ces données, rapprochées des anamnestiques très nettement fournis par la femme, font penser qu'il y a eu un avortement tubaire par crises succesives et qu'il y a lieu d'intervenir chirurgicalement.

C'est avec ce diagnostic que la femme entre dans le service de l'un de nous à l'Hôtel-Dieu. A l'examen, on constate un ventre souple et dont la paroi latérale gauche est plus sensible que du côté opposé. Dans la fosse iliaque gauche, on sent une tuméfaction assez difficile à délimiter, à cause de la douleur provoquée. Le toucher vaginal combiné au palper montre que le cul-de-sac postérieur est distendu et dépressible. Cette tuméfaction paraît située en arrière et à gauche; l'utérus semble entouré par cette tuméfaction, mais il garde encore une certaine mobilité. Le col est repoussé, en avant contre la symphyse.

Tous ces signes et l'histoire clinique des accidents nous font admettre le diagnostic d'avortement tubaire à poussées successives et c'est avec cette opinion que nous opérons.

Le 15 avril, sous anesthésie à l'éther goutte à goutte, laparotomie. Nous trouvons dans le bassin une poche juxta-utérine, adhérent un peu partout aux parois pelviennes et à l'S iliaque, une tumeur constituée par

une poche à parois épaisses et contenant du liquide hématique et des caillots auxquels donne issue la libération de sa poche d'avec ses adhérences.

L'hystérectomie subtotale permet d'enlever d'un seul bloc utérus et annexes droite et gauche, la tumeur comprise. En outre, appendicectomie. Les suites opératoires furent normales, réunion *per primam*.

La pièce enlevée avait la forme d'un cœur, le volume des deux poings et semblait sous-jacente à la trompe gauche. Sans l'ouvrir, elle est envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique, et M. le professeur Tapie nous dit qu'il n'a trouvé que des caillots non organisés dans la poche kystique, et que celle-ci lui paraît tout à fait indépendante de la trompe et exclusivement en rapport avec l'ovaire gauche. En examinant les pièces avec lui, l'un de nous a pu constater, en effet, que la trompe était placée au-dessus du kyste, que sur la coupe, en divers points la trompe ne présentait ni la dilatation de sa lumière ni l'amaigrissement des parois qu'il est de règle de rencontrer dans la grossesse tubaire; de plus, le pavillon de la trompe était étalé et adhérent à la surface externe du kyste. Au point de vue macroscopique, on ne pouvait penser à une grossesse tubaire rompue; ce qui acheva de lever les doutes fut l'examen histologique pratiqué de différents points de la trompe et de la paroi kystique. En aucun point, en effet, on ne reconnut d'éléments plasmodiaux. En dépit des apparences, en dépit de l'histoire clinique, il fallut bien se rendre à l'évidence et renoncer au diagnostic de grossesse ectopique. Dès lors, cette poche kystique devait être considérée comme un kyste hématique de la surface de l'ovaire — puisqu'ils étaient accolés intimement — dans lequel se seraient faites des hémorragies successives lors de phénomènes

de torsion. Telle fut l'opinion de Tapie en présence de ce cas singulier dans lequel l'histologie venait à l'encontre des données cliniques.

OBSERVATION IV

(F. Jayle)

Mlle X..., 42 ans, vierge. Réglée vers 14 ou 15 ans. Règles régulières, très abondantes, douloureuses, jusque vers l'âge de 33 ans, puis non douloureuses, puis de nouveau douloureuses depuis un an, durant sept jours.

Jamais de pertes blanches.

Les douleurs, en dehors des règles, ont débuté en octobre 1907. La malade a ses règles le 13 octobre après un voyage, et il reste à la suite une sensation de pesanteur qui disparaît au bout de quelques jours. En même temps, la malade se trouve très faible et ne peut marcher que courbée. Tous les phénomènes s'éteignent au bout de huit jours jusqu'à l'apparition des règles suivantes, en novembre, qui viennent comme d'ordinaire. A la suite de ses règles la malade souffre encore pendant huit jours, puis elle est de nouveau bien pendant quinze jours. Le 4 décembre, les règles viennent avec six jours d'avance, cette fois moins douloureuses, aussi abondantes et durant sept jours. La malade reste fatiguée les huit jours qui suivent, et à ce moment, vers le 10 ou 12 décembre, elle vomit toute une journée. Le 6 janvier, les règles réapparaissent ; le troisième jour, en revenant des water-closets, la malade est prise de fortes douleurs abdomi-

nales en même temps que d'étourdissements, et elle n'a pas la force de se déshabiller. Depuis ce moment les douleurs n'ont plus disparu. Les souffrances ont été très grandes jusqu'à la fin des règles et ont persisté après. Les douleurs siègent dans les cuisses, les reins, dans tout l'hypogastre, particulièrement au milieu et à gauche, dans les reins. A droite, aucune douleur. Au moment où les douleurs étaient le plus fortes, les mictions étaient également douloureuses. La malade est constipée depuis octobre. Les premiers jours des règles elle ne pouvait aller à la selle ; le quatrième ou le cinquième jour, elle avait une évacuation, et en même temps les douleurs de ventre commençaient très vives. Il est probable que la contraction intestinale était provoquée par le début de l'hémorragie intra-pelvienne. L'état général est médiocre, la malade est maigre, très anémiée, ne peut se tenir debout sans se plier en deux.

Examen physique. — L'examen est rendu assez difficile par suite de l'existence de l'hymen qui est un peu sclérosé et dont l'orifice est très étroit ; aussi ne peut-on faire qu'un examen imparfait ; cependant on arrive à sentir que tout le pelvis est occupé par une masse qui fait corps avec le col et qu'on suppose être l'utérus volumineux, contenant sans doute un fibrome, flanqué à droite et à gauche de masses annexielles, le tout compliqué de pelvi-péritonite.

Opération, le 9 janvier 1908. — Anesthésie à l'éther. Dès l'ouverture de la cavité péritonéale, on voit que les anses grêles adhèrent au péritoine sus-pubien. En les réclinant avec le doigt, on détache des fausses membranes, et il s'écoule un peu de liquide qu'on recueille aussitôt sur des compresses. Avant d'aller plus loin, on protège avec le plus grand soin tout le haut de la cavité

péritonéale et on place l'écarteur mécanique. On détache les anses intestinales, et l'aspect du pelvis rappelle tout aussitôt celui de la grossesse extra-utérine avec hématocele. Au cours de cette libération, très rapidement, on ouvre un grand foyer sanguin. La quantité de sang est évaluée à près de trois quarts de litre. Le sang est noir, poisseux. A la surface de la poche et en haut se trouvent quelques trainées de fibrine, que tout d'abord on avait prises pour des trainées purulentes. Peu à peu, au fur et à mesure qu'on se débarrasse du contenu de l'hématocèle, on finit par reconnaître l'appareil utéro-annexiel; l'utérus est gros, d'un volume double de celui qu'il devrait avoir chez une femme vierge. On cherche tout d'abord s'il n'existe pas une grossesse extra-utérine droite; la trompe est prolabée et perdue dans le liquide d'hématocèle; on la libère et on l'enlève; on s'aperçoit alors que l'ovaire est en place et ne présente aucune lésion. La trompe enlevée n'est d'ailleurs que fortement congestionnée et un peu épaisse; son extrémité est libre, d'apparence saine. On cherche alors à gauche; on enlève encore du sang et on trouve les annexes qui paraissent bien être l'origine de l'hémorragie, car l'épanchement est plus abondant du côté gauche, et en outre les annexes sont le siège, même pendant l'opération, d'une petite hémorragie. On peut trouver à leur niveau une grossesse tubaire, mais on ne voit aucune lésion de ce genre; la trompe présente les mêmes caractères que de l'autre côté, l'ovaire contient deux petits kystes rupturés, dont l'un, noirâtre, laisse suinter du sang. Les annexes sont enlevées. La question se pose alors de l'hystérectomie: mais, comme l'intervention a déjà duré près de cinquante minutes, que l'opéré est très faible, qu'il existe une circulation pelvienne très développée, que, la malade étant

vierge et l'hymen assez serré, la désinfection vaginale ne sera pas facile, on se décide à pratiquer l'hystéropexie par quatre points au catgut, unissant les parties antéro-latérales de l'utérus au péritoine pariétal.

Il reste donc l'utérus avec l'ovaire droit. L'hématose parfaite est impossible, tout le pelvis étant dénudé et suintant. On place un grand drain allant jusqu'au fond du Douglas et quatre mèches. Fermeture de la paroi comme à l'ordinaire.

Suites opératoires. — Ablation des mèches au bout de quarante-huit heures. Diminution du drain le sixième jour. Un peu d'anurie douze heures environ après le deuxième jour.

Guérison au bout d'un mois.

Examen des pièces par M. Latteux, chef du laboratoire de M. le professeur Pozzi, hôpital Broca.

1° Examen des trompes. — Les deux trompes, minutieusement examinées, ne présentent aucun renflement ; elles sont perméables au niveau du pavillon ; elles ont une dimension normale et sont simplement très légèrement indurées sur toute leur étendue. L'examen histologique n'a rien révélé de particulier.

2° Examen macroscopique de l'ovaire gauche. — L'ovaire gauche montre appendus à son extrémité intéro-externe deux petits kystes noirâtres qui se sont rompus en revêtant l'aspect déchiqueté de certaines carpelles au moment de la déhiscence. Ces kystes contiennent encore, à leur face interne, une couche de sang coagulé.

L'ovaire, légèrement hypertrophié, étant incisé dans son petit diamètre, laisse apercevoir une troisième cavité kystique, mais ne contenant pas de sang.

Le tissu ovarique se montre à l'œil nu parsemé d'une

quantité de petits orifices, qui appartiennent à d'innombrables capillaires dilatés plus ou moins gorgés de sang.

Examen microscopique. — Nous avons fait une coupe microscopique, passant par l'axe du troisième kyste, et comprenant toute l'épaisseur de l'ovaire.

La couche corticale, à peu près normale dans la majeure partie de son étendue, présente au pourtour des kystes hémorragiques une modification particulière. Les cellules sont augmentées de volume et le noyau est arrondi au lieu d'offrir un aspect normal filiforme. En un mot, le tissu a pris une consistance moins résistante.

En résumé, il s'agit de phénomènes hémorragiques provenant de l'hypertrophie et du développement exagéré des capillaires ovariens, dont les parois trop faibles n'ont pu en se développant supporter la pression sanguine, se sont rompues et ont donné naissance à des infiltrations sanguines plus ou moins étendues. Le sang s'est épanché dans les cavités kystiques : sous un excès de pression les kystes ont éclaté et, le suintement continuant, il s'est développé progressivement, et sans doute en plusieurs fois, correspondant aux crises douloureuses, une hématocele considérable.

OBSERVATION V

(Bœckel. — Résumé)

Malade de 28 ans, depuis 6 mois sujette à des crises, des vomissements, des douleurs abdominales apparaissant sans motif. La malade, régulièrement réglée depuis qu'elle souffre, perd abondamment.

Bœckel constate la présence d'une tumeur rénitente, située dans le flanc gauche, ayant le volume d'une tête d'adulte : le toucher vaginal ne fait constater les saillies dans aucun cul-de-sac. Deux ponctions successives pratiquées à un mois d'intervalle donnent issue à un liquide demi-épais, de couleur chocolat. Peu de temps après, récidive et apparition d'un nouveau kyste de l'autre côté.

A chaque époque menstruelle les kystes sont douloureux et augmentent de deux à trois travers de doigt.

Deux nouvelles ponctions sont faites, toujours suivies d'une injection iodée ; la suppuration s'installe. Bœckel fait une laparotomie avec une marsupialisation du kyste qui est suivie de mort.

A l'autopsie, on trouve un kyste gauche contenant des caillots et un liquide chocolat.

L'examen microscopique pratiqué par Villemin montre la présence d'ovules dans la paroi du kyste.

Le kyste gauche est multiloculaire, une des loges contient du sang.

CONCLUSIONS

Les causes des kystes hématiques des ovaires sont l'infection et la dégénérescence kystique.

Ces causes agissent par l'intermédiaire de la congestion des organes génitaux de la femme, c'est-à-dire en pleine suractivité des ovaires.

Il existe aussi des ovaires microkystiques congénitaux qui peuvent donner des kystes hématiques des ovaires par l'intermédiaire d'un traumatisme.

Le siège de ces kystes sanguins est dans un follicule de De Graaf, dans un corps jaune ou dans le stroma ovarien (kystes hématiques interstitiels).

Ces tumeurs sont très difficiles à diagnostiquer à cause de l'absence de signes pathognomoniques ; les signes communs que présentent ces tumeurs avec une grossesse ectopique les font souvent confondre avec cette dernière.

Le traitement consiste dans l'extirpation de la tumeur ou l'ovariotomie.

Et chaque fois que le chirurgien prévoit au cours d'une hystérectomie la formation d'un kyste hématique de l'ovaire, c'est l'ablation complète de l'ovaire qu'il doit exécuter.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT et MÉRIEL. — Bull. Soc. d'obst. et de gén. de Toulouse, juin 1913.
- BOECKEL. — Gazette médicale de Strasbourg, 1861.
- BOUDEY. — Contribution à l'étude des kystes hématiques de l'ovaire (Thèse de Bordeaux, 1903).
- BUTLER-SMYTHE. — Grossesses tubaires successives avec association de kyste hématique de l'ovaire (Rev. de gyn. et de chir. abdom., t. XXIII, 1914-1915).
- FORGUE et MASSABUAU. — Revue de gyn. et de chir. abdom., t. XIV, 1910.
- JAYLE. — Revue de gynécol. et de chir. abdom., t. XIII, 1909.
- LACOUTURE. — Journal de méd. de Bordeaux, avril 1904.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- PUECH (Albert). — De l'apoplexie des ovaires (Montpellier médical, t. I, 1858).
- ROUVILLE (DE) et ARRIVAT. — Arch. mens. d'obst. et de gyn., juin 1913.
- ROUVILLE (DE) et DELMAS. — Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Montpellier, mars 1913.
- VIGNEAU. — Des hématomes de l'ovaire (Thèse de Lyon, 1903).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 20 avril 1916

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 20 avril 1916

Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
